

## Cuestionario sobre el estado de salud Fecha

## INFORMACIÓN PERSONAL

1. Nombre y apellidos:	2. Fecha de nacimiento:	3. País de nacimiento:
5. Domicilio en Finlandia:		4. Lugar de nacimiento:
		6. Teléfono:
7. Póliza de seguro: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	8. Nombre de compañía aseguradora:	
9. Familiar o persona de contacto:	10. Teléfono:	
11. Escuela / estudios /especialidad:	12. Fecha de inicio de estudios:	
	13. Fecha de graduación estimada:	

## SALUD

14. Estado de salud:	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>
15. Has sufrido de enfermedades prolongadas?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo?
16. Sufres de enfermedad de hígado, hepatitis?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo?
17. Tienes el VIH?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
18. Fumas o utilizas productos de fumar?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo y con qué frecuencia?
19. Utilizas alcohol u otros productos narcóticos?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo y con qué frecuencia?
20. Previos tratamientos e intervenciones quirúrgicas?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo?
21. Reacciones alérgicas a medicamentos?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	A qué medicamentos?
22. Has tenido tuberculosis?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cuándo?
23. Has recibido tratamiento farmacológico contra la tuberculosis?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cuándo? De qué tipo?
24. Hay entre tus familiares (gente con la que convives) alguien enfermo de tuberculosis?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Tienes o has tenido alguno de los siguientes síntomas:	Si afirmativo, danos más información (por ej. cuándo has tenido los síntomas, sigues teniéndolos, se ha diagnosticado la razón):		
25. Tos durante varias semanas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
26. Tos que produce esputos o tos con sangre	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
27. Adelgazamiento	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
28. Sudores durante la noche	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
29. Fiebre prolongada	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
30. Hinchazón, dolor en el ganglio linfático (cuello, axilas, pliegue inguinal)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	

## MEDICAMENTOS, VACUNAS

31. Utilizas fármacos con receta?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	De qué tipo?
Se te han administrado las siguientes vacunas:			
32. Polio No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> cuándo?	33. Tétanos/ difteria No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> cuándo?	34. Sarampión/ paperas/ rubeola No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> cuándo?	
35. Has tenido el sarampión?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
36. Has tenido paperas?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
37. Has tenido la rubiola?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	